令和3年度沖縄県保健師助産師看護師実習指導者講習会　推薦者一覧

|  |
| --- |
| ＊受講希望者の推薦順位を記入してください |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 職　　種 | 受　講　希　望　者　氏　名 |
| 　１　 |  |  |
| 　２ |  |  |
| 　３ |  |  |

施設担当者の連絡先

＊講習会における連絡や情報提供等に活用しますので、下記の記載をよろしくお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 施　　設　　名 |  |
| 担当者の | （役職：　　　　　　　　） |
| 連絡先 | ☎　　　 （　　　　　　　　　　　）内線（　　　　）FAX番号（　　　　　　　　　　　） |